POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Luty. →ROCZNIK DZIEWIĄTY.← 1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

O tężcu wywołanym zranieniem narządu wzrokowego.

Podał

Prof. Dr WICHERKIEWICZ.

Tężec należy właściwie do chorób zakaźnych i spowodowanym bywa, jak wiadomo, zakażeniem rany przez prątek swoisty, odkryty przez Nikolaiera.

Przypadki tężca, wywołanego zranieniem narządu wzrokowego, nie należą do częstych, gdyż Schmidt Rimpler w swem dziele *„Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit andereren Krankheiten 1898“* przytacza tylko dwóch autorów, a mianowicie Schultza i Ramiro-Guedes, którzy odnośne ogłosili przypadki. Później znajdujemy jeszcze w sprawozdaniu ze szpitala w Bazylei za rok 1899 przytoczony przypadek tężca, spowodowany brzeszczotem 3 cm długim, utkwionym w ścianie jamy oczodołowej. Mimo zastosowania surowicy i chloralu nastąpiła w przypadku tym śmierć.

W rozprawie zaś doktorskiej przytacza Goehring przypadki zranień ocznych, które klinicznie były leczone w czasie

od 1-go kwietnia 1902 do końca marca 1903 w klinice okulistycznej uniwers. w Halli. Pomiędzy tymi przypadkami znajdował się jeden tężec, spowodowany zranieniem rogówki przez skorupę naczynia brudnego. Tu nastąpiło wyleczenie.

Ot i wszystko, co z literatury mogłem zebrać. Wobec tego zdaje mi się, nie będzie zbytecznem przytoczyć przypadek spostrzegany przeze mnie przed kilku laty na oddziale ocznym szpitala krajowego św. Łazarza w Krakowie.

Dnia 3-go czerwca 1903 r. zgłosił się 15-letni wychowanek kks. Misyonarzy z Czarnej wsi pod Krakowem z powodu zranienia oka prawego.

Przed trzema dniami w zabawie zraniono mu powiekę kijem.

Badanie wykazało co następuje: poniżej brzegu oczodołowego dolnej powieki rana ukośna około 20 mm długa, o nieco poszarpanych brzegach, a z głębi rany wydobywa się nie zbyt obfita ropa. W otoczeniu rany i na policzku tejże strony lekkie nabrzmienie skóry. Gorączki nie stwierdzono, i chory nie skarżył się na żadne objawy podmiotowe.

Rankę oczyszczono starannie kwasem borowym, pociągnięto grubą warstwą 10% maści ichtyolowej i pokryto opaską papierową.

Następnego poranku przy wizycie zauważyłem, iż chłopiec nie mógł mówić z powodu szczękościsku dość silnego. Rana sama nie wiele co zmieniona, pokryta strupem, a w okolicy jej nabrzmienie.

Tętno 84, ciepłota 37. 1.

Rozpoznawszy stan groźny chorego spowodowałem przeniesienie tegoż na oddział prof. Pareńskiego kraj. szpitala św. Łazarza, gdzie chory jednak już dnia następnego zakończył żywot. Z zapisków tamże zrobionych zaznaczam następujące mogące nas obchodzić szczegóły.

Przy badaniu wstępnem stwierdzono: 4/VI. Silny szczękościsk, w czasie wolnym chory zaledwie może oddalić zęby na 1 mm.

Narząd oddechowy: szmery oddechowe pęcherzykowe.

Uderzenia końca serca niewidzialne i nienamacalne. T. 88 reg. Tony serca czyste.

Przewód pokarmowy: Łaknienie upośledzone. Stolec regularny.

Narząd nerwowy i zmysłowy: Trwały silny szczękościsk, występujący w szybciejszem nasileniu napadów co pół godziny Zwacze silnie napięte, chory mówi bardzo niewyraźnie, połykać nie może, przy ruchach połykowych występuje silniejszy szczękościsk. Kończyny górne, dolne, mięśnie karku, grzbietu, brzucha wolne, chory sam siada, skarży się jednakże na prężenie w karku i grzbiecie.

Rano wstrzyknięto podskórnie 20 cm kub. surowicy przeciwtężcowej Bujwida, dwa razy dziennie a 0·01 *inj. morf. chloralhydrat.*

5/VI. Rano. Temperatura 37, tętno 92, regularne. *Opistotonus* i mierny tężec w kończynach dolnych. Górne kończyny wolne, napady co kilka godzin. W nocy po lewatywie z chloralu był chory dość spokojny. Po południu wstrzyknięto 20 cm kub. surowicy przeciwtężcowej. W czasie wizyty popołudniowej napady bardzo częste, co 10 minut. Oddech utrudniony, płytki a częsty 45. Wieczorem wstrzyknięto 20 cm kub. surowicy— 10 cm kub. do żyły, a 10 cm podskórnie. Stały *opistotonus* postępujący. W czasie napadu mięśnie twarzy po stronie lewej znacznie wyraźniej zajęte, niż po stronie prawej.

Nad wieczorem nastąpiło zejście śmiertelne. Wśród jakich objawów o tem w zapiskach wzmianki niema, a sekcya, zwykle zresztą dająca w podobnych przypadkach wyniki ujemne. nie mogła być zrobioną.

W nielicznych wypadkach tężca narządu wzrokowego zranienie nastąpiło uderzeniem bata, jak w przypadkach Schulzego, jako też Ramiro-Guedesa, brzeszczotem noża w przypadku ze szpitala bazylejskiego, dalej w przypadku przez Goeringa przytoczonym skorupą naczynia, w moim zaś kijem wymierzone uderzenie spowodowało śmierć tężcową.

We wszystkich zaś niewątpliwie zanieczyszczenie rany spowodowane było zarazkiem ze ziemi pochodzącym, co zresztą odpowiada doświadczeniom zrobionym na innem polu. Zauważono bowiem, że tężec przedewszystkiem w ziemi ogrodowej musi znajdować się, bo narzędzia raniące, ziemią tą bywały zanieczyszczone. Nikolaier szczepił ziemię zwierzętom z wynikami dodatniemi, bo sprowadzał typowy tężec. Ale prątek o znamiennej postaci znalazł w ropie chorego zapadłego na tężec ranny później dopiero, bo w r. 1889, Japończyk Kitasato, który dalsze robiąc doświadczenia nad tym pasożytem, stwierdził przedewszystkiem, że czyste hodowle wydzielają do otaczającego je płynu toksynę łatwo rozpuszczalną a nadzwyczajnie trującą. Z drugiej strony prątki tężcowe nadzwyczajnie są odporne w suchym stanie i lata całe przechowują swą żywotność, gdy do przedmiotów przysychają. Ponieważ bardzo rozpowszechnionym jest ten prątek, dziwić się trzeba, że częściej szkody organizmowi naszemu nie przynosi. Tłomaczy się to jednak tem, że tylko wtenczas prątek tężcowy szkodliwym się staje, gdy dostaje się w ranę; do przewodu zaś pokarmowego dostawszy się, przechodzi bez szkody, ale też nie uroniwszy nic ze swej jadowitości. Kał więc zwierząt, jak koni, krów, wołów, osłów, mułów zawiera nieraz prątki tężcowe, a przedmioty nim zwalane np. biczyska, kije, skorupy, jak to widzieliśmy w przytoczonych przypadkach, prątek dopiero na człowieka przenieść a raniąc, rozwój jego spowodować mogą. Zresztą pewna jeszcze okoliczność zdaje się szkodliwość prątka warunkować, a mianowicie *symbiosa* z innymi drobnoustrojami, które zaraźliwość tego drobnoustroju umożliwiają, co też z doświadczeń Vaillarda wypływa. W naszym przypadku, gdzie zranienie było bardzo nieznaczne trudno może oprzeć się zdziwieniu, iż mała chyba ilość zarazka w tak krótkim czasie śmierci stać się mogła przyczyną. Ale Kitasato wykazał, że już 0.000005 kcm. czystej hodowli zabija białą mysz, a po zasuszeniu nawet 0.0000001 gr. tosamo czyni. Obliczając to na wagę ciała ludzkiego o 60 klgr, przypuszczając równą u człowieka wrażliwość wnioskujemy, że już 0.0003 proszku, którego znowu tylko cząstka mała sta-

nowiłaby czysty zarazek, byłaby zabijającą dla człowieka. Przy każdem zakażeniu objawy chorobowe poprzedzone są okresem wylęgiwania. Tenże okres wedle Kitasato, zależny od ilości trucizny, trwa od 5 godzin aż do 4 dni. Im później objawy chorobowe występują tem słabszem bywa zajęcie, im krótszy okres wylegiwania. tem szybszy też przebieg choroby ze zejściem śmiertelnem, ale też im większa dawka, tem szybciej objawy występują.

Po badaniach, dokonanych przez Japończyka Kitasato, starano się ponownie wykazać. gdzie przeważnie prątek ten znajduje się, z czego jego pospolitość bardzo rozpowszechniona wypływała.

Wiadomo, że ddr Utenhuth i Haendel w Szczecinie doświadczalnie wykazali. iż w ziemi, wziętej z okolicy miasta tego, w 50% przypadków znalazły się prątki tężcowe, gdy w obuwiu, w pyle koszarowym tylko 18% prób obecność tego wielce jadowitego prątka stwierdziło.

Tężec zresztą po zranieniach innych części ciała wcale nie należy do rzadkości zwłaszcza w armii, gdzie zranienia postrzałowe w czasie ćwiczeń wojskowych bardzo liczne wywołują objawy tężcowe.

O nich w ostatnich czasach wspomina dr Elbogen (der Militairarzt Nr 5. 1907) jako też wyższy sztabowy lekarz dr Majewski (tamże). Obaj wykazują. że zapobiegawcze zastrzykiwania antytoksyny nie zapobiegają wystąpieniu tężca, a lubo niekiedy wystąpi on w postaci złagodzonej, to jednak i śmiertelne przypadki przy tem nie są rzadkie. To też słusznie dr Majewski kładzie nacisk na konieczność bardzo starannego oczyszczenia ran takich, do których zarazek dostaje się już to z naboju już to z ubrań zanieczyszczonych żołnierzy.

Objawy tężca występują nie w okolicy zranienia samego, ale, przynajmniej u ludzi prawie zawsze, w mięśniach szczękowych, zwłaszcza w żwaczach a dopiero później tężec przechodzi na karkowe, krzyżowe i brzuszne mięśnie wreszcie dolne kończyny obejmując, gdy górne zazwyczaj pozostają wolne.

Rokowanie z reguły bywa złem, góyż wedle podania autorów bywa przy tem 80—90% śmiertelności, a tylko włoscy autorowie podają 20% straty, coby przemawiało za tem, że we Włoszech tężec łagodniej przebiega.

Sposoby lecznicze: W pierwszym rzędzie najważniejszą rzeczą pozostanie zawsze staranne usunięcie z rany wszelkich ciał obcych, w razie konieczności po rozszerzeniu rany, dalej oczyszczenie wszelkich rany zakątków sublimatem albo innym wypróbowanym środkiem odkażającym, których w nowszych czasach chemia dostarczyła nam taką mnogość. Chloral i inne narkotyki nie wiele zyskały sobie zaufania, które więcej nieco znowu pobudzonem zostało z chwilą, gdy pojawiła się odnośna surowica. W naszym przypadku, jak zresztą podobnie w wielu innych i ona zawiodła nadzieję. Może jej dawkowanie nie było dostateczne a może i jakość nie odpowiadała warunkom. Dalsze doświadczenia powinny pod tym względem dać wskazówki, by z tą pewnością leczyć dziś można tężec jak leczymy surowicą błonicę.

II. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Włosowiec (Filaria) w komorze przedniej oka końskiego.

Dnia 6-go czerwca 1905 r. do ambulatoryum przy szpitalu ziemskim w s. Kargapolskiem zgłosił się felczer weterynaryi p. Gawryłow ze swym pacyentem; owym pacyentem był koń wieśniaka z sioła K. Właściciel owego konia opowiada, że od pewnego czasu uważa, iż oko lewe jego siwka mętnieje, a 4 dni temu spostrzegł, że przyczyną tego zmętnienia jest obecność w oku włoskowatego robaka. Oględziny dały wynik następujący. Oko prawe pacyenta zupełnie prawidłowe, rogówka lewego zmętniała posiada wygląd taki, jak gdyby była ze szkła matowego; poprzez zmętniałą rogówkę zaledwie z trudem rozpoznać można tęczówkę i źrenicę; w cieczy wodnej

komory przedniej pływa, wykonywając energiczne ruchy, przypominające ruchy pływającej w wodzie pijawki, nitkowaty pasożyt długości około 5-ciu centymetrów, grubość około 1-go milimetra. Objawy podrażnienia chorego oka wyrażone bardzo słabo (lekkie zaczerwienienie spojówki), a i te powstały zapewne wskutek zastosowanego przez właściciela »pacyenta« leczenia (zasypanie tabaki). Zresztą zwierzę widocznie czuje się dobrze, spokojnie chrupie siano i zdaje się zupełnie dobrze znosić obecność w oku ruchliwego lokatora.

Na prośbę właściciela konia wykonałem operacyę; po ułożeniu pacyenta na podwórku szpitalnem i odpowiedniem przygotowaniu rąk oraz przepłukaniu worka spojówkowego, po znieczuleniu wyjałowionym rozczynem *Holocaini* + *Cocaini a-a* 1% przekłułem grotem rogówkę i z łatwością wydobyłem pasożyta za pomocą tępego haczyka, przeznaczonego do chwytania tęczówki przy irydektomii. Ciecz wodna komory przedniej okazała się zupełnie przezroczystą, wygląd oka po operacyi taki sam, jak i przed operacyą.

W kilka miesięcy po operacyi dowiedziałem się od popa sioła K., że operowane oko mego »pacyenta« wróciło do stanu normalnego.

A. Kuropatwiński,
lekarz ziemski.

s. Kargopolskie,
grudzień, 1905 r.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. Band LV. Heft 1. u. 2. (Referent Dr Bałłaban).

Próby przeniesienia jaglicy na małpy. (Übertragungsversuche von Trachom auf Affen). Hess und Römer.

Autorowie przeszczepiali świeżo wycięte kawałki schorzałej na jaglicę ludzkiej spojówki, pod spojówkę pawianów. W następstwie tego zabiegu pojawiały się jagły bardzo duże, przyczem są-

siednia tkanka adenoidealna była znacznie naciekłą. Jest rzeczą zajmującą, że powiodło się przeszczepić jaglicę pawianowi z innego pawiana, który miał zaszczepioną jaglicę ludzką. Natomiast pokazało się, że materyał służący do szczepienia, przepuszczony przez sączek stawał się zupełnie obojętnym i nie powodował zakażenia. W końcu opisują autorowie historyę chorób 6 zaszczepionych pawianów.

Do patogenezy i histologii torbieli przewodu łzowego. (Zur Pathogenese und Histologie des Dakryops). Dr Gilbert.

W opisanym przez autora przypadku powstało wskutek oparzenia płynnym ołowiem t. zw. *Symblepharon totale* i *Dakryops fistulosus.* Przez ucisk w okolicy zewnętrznego kącika powiekowego dawał się wycisnąć płyn.

W 8 lat po tem okaleczeniu wystąpiło nagle zapalenie prawego gruczołu łzowego, w następstwie którego wytworzył się w tem miejscu torbiel, wielkości małego jabłka. Badanie histologiczne wyciętej przedniej ściany torbiela wykazało, że powstał on w tkance górnej powieki, przyczem została powieka rozszczepioną na dwie połowy tak, że w jednej połowie znajdywała się spojówka, chrząstka i tylna ściana torbiela silnie przyrośnięta do powierzchni gałki ocznej. Inne składniki powieki były przez torbiel silnie rozciągnięte i odstawały od spojówki powiekowej. Zdaniem autora powstał ten torbiel wskutek zatkania wypustu gruczołu, jest zatem torbielem retencyjnym.

Do poznania wrodzonej zmarszczki nakątnej. (Zur Kenntnis des congenitalen Epicanthus). Dr Brückner.

Autor opisuje dwa przypadki podobnej zmiany. Przypadek pierwszy przedstawia t. zw. zmarszczkę nakątną powiekową, która bywa wyłącznie wrodzoną, w przypadku drugim zmarszczka ta pojawiła się u dziecka będącego idyotą.

W obydwóch przypadkach była zmarszczka powikłaną z porażeniem obu mięśni prostych zewnętrznych i górnych gałki ocznej, przyczem był i mięsień *levator palp. sup.* lekko porażonym. Autor sądzi, że pojawienie się zmarszczki nakątnej obok opisanych co właśnie objawów porażennych uważać należy, jako przypadłości należące wzajemnie do siebie, i że zmarszczka nakątna bywa często wyrazem zwyrodnienia.

Pęknięcie czaszki a oko. (Schädelbruch und Auge). Dr Liebrecht.

Autor badał 100 przypadków pęknięć czaszki. Pokazało się z nich, że życie bywa w tych przypadkach zagrożonem głównie

w pierwszych 24—48 godzinach i że po upływie tego czasu niebezpieczeństwo śmierci przemija.

I. *Spostrzeżenia kliniczne.*

1) *Spostrzeżenia na nerwie wzrokowym.*

W 5% przypadków znalazł autor zwykłą patologiczną zastoinę w żyłach, w 10% zaś była tarcza wzrokowa zmętniałą i obrzękłą, lub też czasami bez obrzęku. Tylko w *jednym* przypadku mógł autor wykazać typową tarczę zastoinową. Co się tyczy zmian zanikłych na tarczy wzrokowej to spostrzegał autor tylko w dwóch przypadkach jednostronny całkowity zanik tarczy wzrokowej, zaś w 4 przypadkach częściowy zanik nerwu z częściowymi brakami w polu widzenia. Jako przyczynę całkowej i stałej ślepoty a także i czasowych braków w polu widzenia, a które to braki dają się stwierdzić natychmiast po urazie, należy uważać całkowite przedarcia nerwu wzrokowego i to w przewodzie ocznym.

2) *Zaburzenia w widzeniu przy pęknięciu czaszki bez zmian na dnie oka.*

W dwóch przypadkach napotkał autor zmiany w widzeniu, które należało odnieść do okaleczenia ośrodka widzenia w płacie potylicznym mózgu i to w jednym przypadku była połowiczna ślepota (hemianopsia) obustronną, a raz znowu jednostronną. W ostatnim przypadku pojawiły się na tarczy nerwu wzrokowego zmiany degeneracyjne w postaci białawych plamek, które to plamki uważa autor jako stłuszczenie komórek zwojowych.

3) *Spostrzeżenia na źrenicach.*

W tym kierunku robił autor badania zawsze w pierwszych dniach po doznanym urazie. W 40% przypadkach oddziaływanie źrenic było nieprawidłowem. W 9-u przypadkach źrenice nie oddziaływały wcale. Z tych przypadków 8-miu osobników zmarło, z czego też już wynika, że brak obustronnego odruchu źrenic jest co do rokowania bardzo złym objawem. W 15 przypadkach oddziaływały źrenice bardzo leniwie. W jednym przypadku była jedna źrenica zupełnie martwą, przyczem był nerw okoruchowy całkowicie porażonym przez uderzenie gałki ocznej kopytem końskiem.

4) *Zaburzenia na mięśniach ocznych.*

W 14% przypadkach wystąpiły zaburzenia w okolicy mięśni zaopatrywanych przez nerw twarzowy, przyczem w 6 przypadkach były te mięśnie całkowicie porażone. W 5% były porażenia nerwu odwodzącego. Nerw trójdzielny był w dwóch przypadkach porażonym, przyczem istniały także porażenia innych nerwów. Nerw bloczkowy był 2 razy porażonym, nerw zaś okoruchowy raz jeden. W jednym

przypadku były ruchy gałki ograniczone wskutek wgłębienia się gałki ocznej *(enophthalmus)*. W dwóch przypadkach był porażonym prosty mięsień wewnętrzny, a 4 razy zauważył autor drżenie gałek.

Wedle spostrzeżeń autora i innych występowały w 20% przypadków częściowe porażenia nerwu twarzowego, które jednak z czasem ustępowały. Ale także i w niniejszej ilości przypadków, w których wszystkie gałęzie n. twarzowego były porażone, zdaje się, że rokowanie co do uzdrowienia jest korzystnem. Co się tyczy rodzaju tych porażeń to są one wszystkie obwodowe a nie pochodzenia jądrowego. Także i dla podobnych porażeń m. prostego zewnętrznego przyjmuje autor jako przyczynę okaleczenie u podstawy czaszki. Autor jest zdania, że także porażenia n. bloczkowego i trójdzielnego są przyrody obwodowej. Zmiany ruchowe, jak sądzi autor, mają swą przyczynę w wytworzeniu się tkanki łącznej u podstawy czaszki.

5) *Krwotoki w tkankę powiek i pod spojówkę.*

Krwotoki takie, bez poprzedniej rany zewnętrznej spostrzegał autor w 34%, z tego 22 razy były one jednostronne a 12 razy obustronne. W 10 zaś razach znajdował się równocześnie krwotok i pod spojówką gałkową. Krwotoki takie powstawały po większej części zaraz po urazie, a tylko w 6 przypadkach wystąpił krwotok dopiero 2-go lub 3-go dnia.

II. *Zmiany patologiczno-anatomiczne na nerwie wzrokowym przy pęknięciu czaszki*

Autor spostrzegał często krwotoki w pochwach n. wzrokowego, przyczem można było stanowczo wykluczyć nagromadzenie się krwi u podstawy czaszki w okolicy przewodu ocznego. Na 26 przypadków, które się śmiertelnie zakończyły, znalazł on w 55% krwotoki w pochewkach n. wzrokowego. Obrzęk tarczy wzrokowej nie powstaje wskutek krwotoków w pochewkach nerwu.

Wedle drobnowidowych badań autora daje się wykazać, że w większej ilości przypadków krew powstaje z pękniętych naczyń opony twardej mózgu, rozszerza się i dostaje się wzdłuż preformowanych dróg chłonnych do pochewek nerwowych. Prawie zawsze były krwotoki powstałe pod twardą oponą o wiele silniejsze aniżeli pod oponą pajęczą. Na podstawie badań sądzi autor, że pochewki należy uważać jako przestworza chłonne, ograniczone na zewnątrz i na wewnątrz. W 3 przypadkach mógł autor rozpoznać anatomicznie krwotoki w tkance tarczy n. wzrokowego i w graniczącej z nią siatkówce. Krwotoki te powstały wskutek pęknięcia ścian żył lub też przesączenia krwi z żył, a przyczyna tego była nagła zmiana w ciśnieniu krwi. W 3 przypadkach znajdywał się krwotok

w kanale n. wzrokowego, nigdy zaś nie spostrzegał go autor w jego części oczodołowej. Tej to okoliczności przypisuje autor wielkie znaczenie kliniczne, gdyż przez taką lokalizacyę krwotoku staje się łatwo możliwem uzyskanie dawnej bystrości wzroku, a także może się pole widzenia całkowicie wyjaśnić. Krwotoki znajdujące się w powiekach a także i podspojówkowe powstają, jak jest wiadomem, wskutek pęknięć sklepienia oczodołowego i rozprzestrzeniają się tuż pod kośćmi. Nie mają one skłonności wciskać się w głąb oczodołu, pomiędzy mięśnie i nerw wzrokowy, natomiast mogą dotrzeć ku nerwowi wzrokowemu pod mięśniami gałki ocznej. Stąd mogą się te krwotoki posuwać aż pod spojówkę gałkową.

Badania doświadczalne nad ranami ciałka szklistego. (Experimentelle Untersuchungen über Wunden des Glaskörpers). Prof. Ogawa z Japonii.

W początku swej pracy omawia autor używane sposoby zatapiania i barwienia preparatów drobnowidowych, a następnie opisuje on ogólnikowo budowę ciałka szklistego.

Doświadczenia swoje przedsiębrał Ogawa na oczach królików. W tym celu robił sztuczne rany w ciałku szklistem, a przestrzegając przy tem ściśle aseptyki, wbijał nóż Graefego w głąb gałki ocznej w kierunku południkowym tuż po za brzegiem rogówki. Po pewnym czasie wyłuszczał gałkę. Z 60 gałek ocznych, które tak okaleczał, badał on drobnowidowo 5.

W każdym z tych przypadków powstawała w ciałku szklistem wrzecionowata szpara, a autor przychodzi na podstawie swych badań do następujących wniosków:

Powstała w ciałku szklistem rana pozostaje już stale i nie zawiera się więcej. Wskutek tego nie daje się nigdzie spostrzegać żadna zmiana regeneracyjna, ani też tworzenie się tkanki łącznej, lub też powstanie nowo utworzonych naczyń. Utwory postronkowate nie powstają w ciałku szklistem. Szpara powstała z okaleczenia jest wypełnioną tylko płynnem ciałkiem szklistem. Ściany tej szpary są utworzone z mechanicznie zgrubiałego ciałka szklistego.

Prawidłowe ubarwienie w nerwie wzrokowym Japończyków. (Die normale Pigmentierung im Sehnerven der Japaner). Dr Ogawa.

Autor badał anatomicznie 13 gałek ocznych Japończyków i znalazł w blaszce sitowej nerwu wzrokowego wypustki komórek barwikowych twardówki, nieliczne komórki barwikowe w pobliżu brzegu nerwu wzrokowego, a prócz tego były komórki te zupełnie odosobnione i znajdowały się pojedyńczo umiejscowione po za brzegiem nerwu wzrokowego.

Badania nad spostrzeżeniami t. zw. ślepej plamki. (Beobachtungen über die Wahrnehmbarkeit des blinden Fleckes) Dr Landolt.

Zachęcony zarzutami, jakie czyniono wzorkom punktowatym Hessa, mającym na celu oznaczyć środkowe, wrodzone braki w polu widzenia, podjął się autor zadania poddać systematycznym badaniom zachowanie się wzorków Hessa w okolicy ślepej plamki, i badać prawidłowo pojawiające się wrodzone środkowe braki w polu widzenia. Autor wykazał, że przy użyciu perymetru o promieniu 320 mm, odpowiadała ślepa plamka płaszczyźnie 281 mm^2.

Ruchy źrenicy po przecięciu nerwu wzrokowego. (Die Bewegungen der Pupille nach Opticusdurchschneidung). Dr Tschirkowsky.

Autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Ruchy źrenic królika po przecięciu śródczaszkowej części nerwu wzrokowego nie są zawisłemi, jak to twierdzi Marengli od wpływu światła.

2) Powstają one wskutek działania narządu, który rozszerza źrenicę pod wpływem drażnień czuciowych.

3) Mogą one tylko wtedy powstawać, jeżeli nerw współczulny jest nienaruszonym.

O nowokainie i jej znieczulającem działaniu. (Über Novocain und seine anästhesierende Wirkung). Dr Gebb.

Nowokaina może być co dnia gotowaną, przyczem nie traci na działaniu. Nie powoduje ona zaburzeń w akomodacyi i nie oddziaływa szkodliwie na przybłonek rogówki. Używa się jej w 1—3% rozczynie. Wykazuje ona 5—6-krotnie mniejsze własności trujące, aniżeli kokaina, a powoduje tylko nieznaczne uczucie pieczenia, lekkie przekrwienie i nieznaczną mydryazę. Jest ona jednak w działaniu swem słabszą aniżeli taki sam rozczyn kokainy, nawet przy zmieszaniu z adrenaliną.

Dalsze kliniczne i histologiczne badania nad przewlekłym wilkiem rogówki, przebiegającym pod postacią guzikowatego zaćmienia rogówki (Groenouw). (Weitere klinische und histologische Untersuchungen über den unter dem Bilde der knötchenförmigen Hornhauttrübungen verlaufenden chronischen Lupus der Hornhaut). Dr Wehrli.

Autor opisuje dalszy przebieg jednego z obu przypadków, które swego czasu ogłosił w »Zeitschrift für Augenheilkunde« 1905. Bd. XIII. A mianowicie badanie kliniczne i histologiczne

dało następujący wynik: Gruźlicza postać tego guzikowatego zaćmienia rogówki powstaje bezsprzecznie przez przewlekłe zapalne bujanie stałych komórek rogówki, które zwyradniają się serowato. Charakter tych bujań daje się całkiem pewnie ustalić, przez dodatni odczyn tuberkuliny. Szczególna bardzo właściwość tej zmiany, jak brak naczyń i zadrażnienia nie przemawiają wcale przeciwko zapalnemu charakterowi, gdyż znane są nam inne zapalenia rogówki, jak np. zapalenie miąższowe, lub lepra, przy których częstokroć brak jest objawów zapalnych. Za zmianą gruźliczą przemawia w tym przypadku odczyn tuberkuliny, a następnie dziedziczne obciążenie.

La Clinica oculistica. 1906. Marzec—kwiecień. (Referent Dr Langie).

Przypadek bąblowca w oczodole, operacya, wyleczenie. (Un caso di cisti da echinococco dell' orbita, operazione, guarigione). Prof. Calderaro.

Mężczyzna 20-letni, nieobciążony dziedzicznie, zresztą zdrów, cierpi od 6-ciu lat na przesunięcie gałki ocznej prawej ku dołowi i ku przodowi, bez bólów, bez objawów zapalnych, ze zniesieniem ruchomości jedynie tylko ku górze. Badanie, prócz powyższych objawów, nie wykazuje zewnętrznie nic, $V = 1/4$; na dnie oka lekkie przekrwienie żył środkowych. Pomiędzy górnym brzegiem oczodołu a gałką wyczuć można palcem masę kulistą, twardą, elastyczną, zajmującą cały głąb oczodołu, sięgającą od kąta zewnętrznego do wewnętrznego, niebolesną, nie tętniącą, nie chełboczącą, nieruchomą jakby zrośniętą z górną ścianą oczodołu. Lewe oko prawidłowe, $V = 1$. Wobec wątpliwego rozpoznania nakłucie próbne, a zbadanie wydobytej cieczy okazuje, że jest to bąblowiec. Przystąpiono do operacyi sposobem Krönleina, przyczem udało się wydobyć cały torbiel bez naruszenia gałki ocznej; po miesiącu chory opuścił klinikę wyleczony, $V = 1/2$.

Omawiając przypadek przypomina autor, że bąblowce oczodołu należą do tak rzadkich, iż wielu doświadczonych okulistów nigdy ich nie widziało. Objawy towarzyszące chorobie są — prócz znamiennych zresztą dla każdego guza rozwijającego się w oczodole — powolny bardzo przebieg (czasem dziesięć lat), bóle, chełbotanie, upośledzenie wzroku aż do zupełnej ślepoty z powodu *neuritis optica* i zaniku n. wzrokowego. W przypadku opisanym uderza brak bólów, chełbotania i upośledzenia wzroku, tak że bez

nakłucia próbnego rozpoznanie byłoby niemożliwe. Co do zabiegu operacyjnego podnosi autor zalety sposobu Krönleina, a gani sposób, obierany przez wielu operujących, prowadzenia cięcia wzdłuż rowka oczodołowo-powiekowego, gdyż dostęp wtedy jest gorszy, wydobycie guza trudniejsze i uszkodzenie mięśni ocznych i wogóle zdrowych miękkich części oczodołu łatwiejsze.

1906. Maj.

Eumidryna i jej zastosowanie w okulistyce. (Eumidrina e sue applicazioni in terapia oculare). Dr Bruno Domenico.

Eumidryna, którą wypróbował autor w swojej klinice prywatnej, jest o wiele mniej trującą niż atropina, działa mniej energicznie i krócej, nie wpływa na napięcie oka. Rozszerzenie źrenicy w oku zdrowem po użyciu rozczynu 1% jest maksymalne jak po atropinie. Wywołuje wprawdzie porażenie akomodacyi lecz to przechodzi po 24 godz. przy rozczynie ½%, po 2 dniach przy rozczynie 1%. Nawet po dłuższem stosowaniu nie zauważył objawów zatrucia. Używa rozczynów 1% do 5%.

O kurczowem opadnięciu powieki. (Sulla blepharoptosi spastica). Dr Alberto Santa-Maria.

Prócz łatwych do rozpoznania opadnięć powieki wrodzonych, porażennych lub urazowych, zdarzają się przypadki tak lekkiej *ptosis*, która nie przeszkadzając w widzeniu uchodzi uwagi chorego a również i lekarza, gdyż szpara powiekowa jest bardzo nieznacznie zwężona. Są to przypadki kurczowego opadnięcia, powstają na tle histeryi a przyczyną kurcz poszczególnych włókienek mięsnych, tworzących część powiekową mięśnia okrężnego. Występuje najczęściej po jednej tylko stronie, albo jeżeli — co rzadziej — jest obustronnem, wtedy zawsze po jednej stronie pojawia się wybitniej. Najpewniejszym sposobem wykazania zboczenia jest zbadanie pola patrzenia podobnie jak badamy pole widzenia perymetrem lub kampimetrem, przyczem znachodzimy zmniejszenie zakresu widzenia przedmiotów ku górze. Oczywiście musimy przy tem wykluczyć upośledzenie ruchomości, które mogłoby być wywołane niedowładem mięśni, zwracających gałkę oczną ku górze. Na podstawie kilku spostrzeganych przez siebie przypadków przychodzi autor do następujących wniosków: kurczowe opadnięcie powieki, będące często jedynym objawem histeryi, może nie dać się wykazać zwykłem badaniem, natomiast zmierzenie pola patrzenia odkrywa najlżejsze nawet jego stopnie. Badanie to jednak należy zawsze połączyć z badaniem sprawności mięśni gałki ocznej, bo dopiero wyklu-

czywszy zaburzenia z tej strony, a mając ścieśnienie pola patrzenia ku górze, możemy odnieść to do opadnięcia powieki. Badanie, czy nie ma opadnięcia powieki, winno być zawsze przedsięwzięte, jeżeli podejrzywamy histeryę, gdyż bywa ono czasem jedynym jej objawem.

Ophthalmology. (Milwaukee). T. III. Nr 2. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

O niektórych objawach ocznych zależnych od chorób jamy nosa i zatok bocznych. (On Some Ocular Symptoms Common to or Produced by Affections of the Nose and Accessory Cavities). Casey A. Wood (Chicago).

Autor omawia głównie trzy objawy mogące występować bądź to w zależności od pewnych zboczeń w oczach, bądź też od zmian w jamie nosowej lub w zatokach bocznych, mianowicie ból głowy, uczucie zawrotu i łzawienie. Podaje on znamiona, po których można rozpoznać, gdzie tkwi źródło tych objawów. Wiadomo, że różnego rodzaju bóle głowy występują w cierpieniach ocznych, lub zależą od niewyrównanych wad refrakcyi i zaburzeń równowagi mięśni ocznych. Bóle te znamionują się tem, że występują najsilniej przy wytężaniu wzroku, zwłaszcza więc przy pracy zblizka. Bóle zależne od spraw zapalnych w zatokach bocznych jamy nosowej są ograniczone zazwyczaj od pewnych okolic i trapią chorego dniem i nocą bez względu, czy pracuje oczyma, czy nie. Co do zawrotów te często mają swe źródło w heteroforyi lub heterotropii, pośrednio jednak zależeć mogą od zmian chorobowych w zatokach, sąsiadujących z oczodołem, skąd *per contiguitatem* zewnętrzne mięśnie oczne lub zaopatrujące je gałązki nerwowe doznają uszkodzenia. Zanim więc przypadek porażenia lub niedowładu jednego lub kilku mięśni ocznych określimy jako kiłowy, gośćcowy lub idyopatyczny, powinniśmy uwzględnić stan jamy nosowej i jej zatok bocznych i przekonać się czy tam nie tkwi właściwa przyczyna cierpienia. Co do łzawienia powszechnie wiadomo, jak często jest ono pochodzenia nosowego i we wszystkich przypadkach, gdzie łzawienie zależy nie od wzmożonego wytwarzania łez, lecz od utrudnionego ich odpływu, badanie jamy nosowej jest bezwarunkowo wskazane. Z uwag autora wynika, że zarówno okulista powinien być dokładnie obeznanym ze sposobami badania jamy nosa i jej zatok i powinien dość biegle władać rynoskopią, jak naodwrót rynologowi wielce przydać się może znajomość niektórych przynajmniej dzia-

łów patologii ocznej dla lepszego ocenienia objawów, mogących zależeć tak od jamy nosa, jak i od narządu wzroku.

Zmiany w naczyniach siatkówkowych połączone z zamknięciem ich światła. (Obstructive Diseases of the Retinal Vessels). Wendel Reber (Filadelfia).

W pracy tej omówione są znamiona kliniczne i przypuszczalne zmiany anatomiczne wszystkich tych chorób naczyń siatkówkowych, które prowadzą do zwężenia lub zamknięcia ich światła. Autor przytacza podział odnośnych przypadków, jaki podaje Alleman, rozróżniając 4 stopnie zmian, począwszy od lekkiej *tortuositas vasorum*, a skończywszy na wyraźnem i zapomocą wziernika widzialnem zaczopowaniu światła tętnicy, względnie żyły siatkówkowej. Dalej broni autor zapatrywania Harmsa, że przypadki rzeczywistego zatoru tętnicy środkowej siatkówki w rzeczywistości wcale nie zachodzą, a to co za taki zator uważamy jest tylko końcowym okresem bądź to sprawy zakrzepowej, bądź to miażdżycy, prowadzącej do zwężenia, a ostatecznie do zatkania światła naczyniowego. Harms dowodzi, że pierwotna zmiana znajduje się niejednokrotnie w żyle środkowej siatkówki, chociaż obraz kliniczny przemawia za zaczopowaniem tętnicy. Tłumaczy się to tem, że utrudniony odpływ krwi stawia tętnicę we warunki nieprawidłowe, które powodują zmiany w jej ścianach i mogą prowadzić do zamknięcia światła. Taksamo naodwrót pierwotna zmiana w tętnicy może wywołać następowe zmiany w żyłach siatkówkowych, które potem niejednokrotnie w obrazie klinicznym otrzymują przewagę. Autor przytacza szereg własnych spostrzeżeń, między innemi przypadek jaskry następowej, wywołanej trombozą żylną i licznymi wybroczynami siatkówki. Przypadek ten poucza, że ilekroć mamy do czynienia z t. zw. jaskrą krwotoczną, powinniśmy się zastanowić, czy jaskra wywołuje krwotoki, czy też one jaskrę. Praca zawiera liczne obrazy spostrzeganych przez autora zmian wziernikowych i zdjęcia pól widzenia w poszczególnych przypadkach.

Zaczopowanie jednej gałęzi tętnicy siatkówkowej. (Occlusion of a Branch of the Central Artery of the Retina). George Keiper. (Lafayette).

Autor przytacza spostrzeżenie, odnoszące się do 19-letniej kobiety, u której przyszło do zaczopowania jednej z gałęzi tętnicy środkowej siatkówki a to raczej wskutek *endarteritis obliterans* niż wskutek zatoki. Przypadek jest z tego względu ciekawy, że ubytek w polu widzenia dał się wykazać w czasie, kiedy jeszcze wziernikiem żadnych zmian na dnie oka nie można było widzieć. Zmiana

ta stała się dopiero później widoczną w miejscu, odpowiadającem ubytkowi. Pojawiło się mianowicie ognisko wybroczynowe w miejscu rozgałęzienia górno-zewnętrznego ramienia tętnicy siatkówkowej. Po za tem ogniskiem w kierunku ku obwodowi siatkówka na trójkątnej przestrzeni była szaro-białawą, nie przezroczystą. Leczenie polegało na wewnętrznem zażywaniu strychniny i jodku potasu, oraz na miesieniu gałki ocznej t. j. wgniataniu jej palcami przez zamknięte powieki w głąb oczodołu sposobem podanym przez Borkana. Wynik leczenia był pomyślny. Wzrok znacznie się poprawił, *scotoma absolutum* znikło, a zmiany wziernikowe w znacznej części się cofnęły.

Leczenie częściowego zaniku nerwu wzrokowego i siatkówki zapomocą elektryczności i miesienia. (Treatment of Partial Optic and Retinal Atrophy by Electricity and Massage). Würdemann i Hogue (Milwaukee).

Leczenie chorób ocznych zapomocą elektryczności i miesienia jest mało używane przez fachowych okulistów, natomiast nader często nadużywane przez szarlatanów. Autor przytacza przypadek wysokiej myopii, gdzie miesienie niewprawną ręką wykonywane sprowadziło utratę wzroku przez oderwanie siatkówki. W ręku doświadczonego specyalisty tę środki lecznicze mogą oddać jednak bardzo dobre usługi. Działanie prądu galwanicznego można, zdaniem autora, najlepiej porównać z działaniem leków, które farmakologia określa jako *alterantia*. Anoda może być użyta jako *anaestheticum*, *sedativum*, *haemostaticum*, katoda jako *stimulans*, *resorbens*, *irritans* i *lymphagogum*. Szczególniej korzystnie oddziaływa prąd elektryczny na nerw wzrokowy. Autor przytacza pięć własnych przypadków częściowego zaniku nerwu wzrokowego i siatkówki, w których systematyczna elektryzacya sprowadziła bądź wyraźną i trwałą poprawę, bądź powstrzymała postępy cierpienia. Bardzo korzystnie również działa we wielu cierpieniach ocznych umiejętnie wykonywane miesienie, do czego autor zaleca elektryczny wibrator, dający do 600 uderzeń w minucie. W przypadkach *iritis*, *iridocyclitis* i w innych ostrych stanach zapalnych oka przeciwwskazane jest zarówno miesienie, jak i elektryzacya.

Wydobywanie zaćmy wraz z torebką przez nacisk zewnętrzny t. zw. metoda wschodnio-indyjska. (Extraction of Cataract within the Capsule by External Manipulation, the So-called Indian Method). Greene Dayton (Ohio).

Ze względu na zawsze możliwe powstanie zaćmy wtórorzędnej usuwanie zaćmionej soczewki w całości wraz z torebką

oddawna zostało uznane za nader pożądane udoskonalenie operacyjnej techniki. Nie brakło też w tym kierunku prób mniej lub więcej szczęśliwych. Wiadomo, że Pagenstecher należał do zwolenników tego sposobu operowania niektórych przypadków zaćmy i do tego celu podał swoją łyżkę. W ostatnich czasach jednak dopiero podali dwaj wschodnio-indyjscy operatorowie Mulroney i Smith zdumiewająco korzystne wyniki uzyskane po operacyi zaćmy w zamkniętej torebce. Statystyka Smith'a obejmuje tysiące operacyi ze znikająco małym odsetkiem strat i z 99 28% zupełnie dobrych wyników optycznych *(first class results)*. Zauważyć jednak należy, że badanie wzroku odbywało się w sposób bardzo sumaryczny i za zupełnie dobry uchodził wzrok pozwalający widzieć »wyraźnie« przy pomocy szkieł sferycznych, przyczem bystrości wzroku autor w cyfrach nie podaje wcale. Nie podaje on również, jakie były późniejsze losy oczu operowanych, bo czas spostrzegania po operacyi był bardzo krótki. Z powodu tych niedokładności i braków publikacye Smith'a przyjęte zostały z pewnem niedowierzaniem i bywają omawiane z pewnym odcieniem ironii. Mimo tego jednak wielu operatorów, zwłaszcza w Ameryce, zaczęto stosować sposób podany przez Smith'a, aby się osobiście przekonać o jego wartości. Sposób ten różni się tem od zabiegu, zaleconego przez Pagenstechera, że soczewkę wyciska się przez ranę zapomocą haczyka tenotomijnego, działając nim przez rogówkę i nie wprowadzając do wnętrza gałki żadnego narzędzia. Nikt jednak nie otrzymał ani w przybliżeniu tak korzystnych wyników, jak sam twórca metody, stąd żartobliwe przypuszczenia, że oczy Hindusów mimo zapaleń spojówkowych, którym oni tak często podlegają, i mimo niechlujstwa, w jakiem żyją, muszą być wyjątkowo odporne na zakażenie. Istotnie Smith na 2616 operacyi miał tylko 0,34% strat wskutek infekcyi. W powyższej pracy zestawia autor wyniki 22 przypadków operowanych przez siebie sposobem Smith'a. Prawie w połowie wypadków miał wypływ ciała szklistego. W czterech przypadkach przyszło do jaskry następowej, a w czterech do silniejszego zapalenia tęczówki. Bystrość wzroku po operacyi wynosiła średnio $^4/_{10}$. Autor uważa operacyę za trudną do wykonania i nie radzi wykonywać jej tym okulistom, którzy nie mają sposobności operować często i dużo, a temsamem nie mają dosyć wprawy i pewności siebie. Główne niebezpieczeństwo stanowi często zdarzający się wpływ ciała szklistego i następstwa tegoż, jak łatwość zakażenia, wrośnięcie tęczówki, jaskra następowa, odczepienie siatkówki i t. d. Operacya jednak, zdaniem autora, ma przyszłość niewątpliwie, o ile zostanie ograniczoną do niektórych tylko szczególnie nadających się dla niej przypadków zaćmy. I tak w ra-

zie bardzo powolnego dojrzewania zaćmy wydobycie soczewki niezupełnie zaćmionej wraz z torebką przedstawia dla chorego niewątpliwe korzyści. Taksamo do operacyi tej nadają się zaćmy przejrzałe, gdzie nieraz zgrubiała torebka opiera się nawet najostrzejszemu cystotomowi, zwłaszcza przy zwiotczeniu wiązadełka Zinna.

Przypadek torbiela w rogówce i przedniej komorze. (A Case of Invagination Cyst of the Cornea and of the Anterior Chamber). Charles Kipp (Newark).

39-cioletni chory został przed 22-ma laty odpryskiem żelaza zraniony w oko prawe. Przez ranę rogówkową wypadła tęczówka, którą autor wówczas odciął. Żelazo nie utkwiło w oku. Przebieg gojenia był prawidłowy i oko uspokoiło się zupełnie. Pozostała blizna dołem z wrośnięciem tęczówki i częściowe zaćmienie soczewki. Dopiero w r. 1905 t. j. w 20 lat po zranieniu wystąpiły bóle tak znaczne i uporczywe, że po bezowocnych próbach złagodzenia cierpień trzeba było oko wyłuszczyć. Badanie anatomiczne wykazało istnienie torbiela, zajmującego dolną część przedniej komory i połączonego z drugą, o wiele mniejszą jamką, znajdującą się w bliźnie rogówkowej. Oba torbiele wyścielone były wewnątrz warstwą przybłonka, nie różniącego się niczem od przybłonka rogówkowego. Autor przypuszcza, że gdy po zranieniu wypadnięta tęczówka została odciętą, rana nie zamknęła się szczelnie, lecz pozostała jakaś włosowata przetoka. Tą drogą urósł następnie z biegiem czasu przybłonek do przedniej komory i wyścielił wnętrze opisanych wyżej jam torbielowych. Podobne przypadki, ale bez jamki w bliźnie rogówkowej, opisali: Collins, Risley i Randall.

Niektóre schorzenia nerwu wzrokowego. (Certain Affections of the Optic Nerve). Marcus Gunn (Londyn).

Autor stawia i rozbiera następujące tezy:

1) Nerw wzrokowy ze względu na rozwój embryologiczny i budowę anatomiczną musi być uważany za część ośrodkowego narządu nerwowego, t. j. mózgu.

2) Nerw ten w całym swym pozaczaszkowym przebiegu osłonięty jest pochewkami, które są bezpośredniem przedłużeniem opon mózgowych, przyczem przestrzenie międzypochewkowe, odpowiadają przestrzeniom między- i podoponowym.

3) Położenie nerwów wzrokowych i ich przebieg na podstawie czaszki sprawia, że narażone są one na bezpośredni wpływ zapalenia opon mózgowych, i na bezpośredni ucisk ze strony nowotworów, tętniaków lub powiększonej trzeciej komory mózgu.

4) W swym przebiegu pozaczaszkowym wystawiony jest nerw wzrokowy na działanie tychsamych szkodliwych czynników, co wszelkie nerwy obwodowe.

5) Nerw wzrokowy ulega wtórnemu zwyrodnieniu w razie zaniku lub zniszczenia jego komórek zwojowych w siatkówce.

6) Może on także uledz zniszczeniu przez sprawę zapalną, zwłaszcza ropną, która niszczy gałkę oczną.

7) Nareszcie, jak wszelkie inne narządy ustroju, może nerw wzrokowy uledz zmianie pod wpływem ciężkich chorób ogólnych, jak syfilis, gruźlica, niedokrewność, cierpienia nerek i t. d.

Z wywodów autora, które są raczej wyłuszczeniem i uporządkowaniem rzeczy znanych, aniżeli podaniem nowych poglądów, zasługuje na wzmiankę jego zapatrywanie na zależność tarczy zastoinowej od stanu łamliwości oka. Miał on sposobność spostrzegać tarcz zastoinową z górą 900 razy w przypadkach nowotworów mózgu i zauważył, że występuje ona prawie wyłącznie w oczach miarowych lub zwłaszcza nadmiarowych, a niezmiernie tylko rzadko w oczach krótkowzrocznych. Profesorowie Hirschberg i Fuchs, z którymi autor podzielił się tem spostrzeżeniem, potwierdzili jego słuszność z własnego doświadczenia. Zależność tę objaśnia autor odmiennymi stosunkami anatomicznymi pochewek i przestrzeni międzypochewkowych nerwu wzrokowego w oczach nadmiarowych i niedomiarowych. Przestrzenie międzypochewkowe u hypermetropa kończą się ostro przy blaszce sitowej i są w tem miejscu wązkie i ciasne, zwiększenie zatem ilości płynu w nich zawartego musi wywrzeć znaczniejszy ucisk na nerw wzrokowy i dlatego łatwo powstaje tarcz zastoinowa. W oku niedomiarowem przestrzenie międzypochewkowe są w pobliżu gałki ocznej szerokie i przestronne i tworzą pewnego rodzaju uchyłki w twardówce dookoła tarczy, przytem pochewki są prawdopodobnie bardziej rozciągliwe, co wszystko razem przeciwdziała powstaniu tarczy zastoinowej.

Revue v neurologii. 1906. Zeszyt 1—10.

Z życia umysłowego ślepych. J. Chalupecký.

W starannie opracowanej rozprawie zajmuje się Ch. najprzód pytaniem, kogo właściwie należy uważać za ślepego i dochodzi do wniosku, że tylko ten w praktycznem życiu może byó uważanym za ślepego, kto w odległości 1 metra nie jest w stanie rozpoznać palców. Następnie omawia Ch. poszczególne zmysły, któremi się

ślepy posługuje, by przy pomocy ich mógł ile możności zastąpić wzrok.

Ch. twierdzi, że zmysły ślepych nie wykształcają się bynajmniej lepiej, a tylko chorzy zmuszeni są lepiej je wykorzystywać. Posługują się oni przedewszystkiem zmysłem dotyku i czucia mięśniowego. W opisach poszczególnych objawów powołuje się na doświadczenia p. E. M a c o n'a, który w 17 roku życia zupełnie ociemniał, a obecnie jest profesorem muzyki w zakładzie dla ociemniałych K l a r a w Pradze, znany jako kompozytor. Również i literaturą zajmują się doskonale. Ch. zbija twierdzenie, jakoby ślepi byli w stanie odróżniać barwy i nadmienia, że nie rozchodzi się tutaj o odczuwanie barw, a tylko o pewne właściwości powierzchni, w przypadku, gdzie ślepy jest w stanie podać barwę przedmiotu. Według M a c o n'a dotyka się ślepy przedmiotów nie od dołu ku górze, jak twierdzi H e l l e r, lecz według tego, jak je napotyka.

Słuch jest dla ślepych zarówno ważny przy oryentowaniu się, jak dotyk i czucie mięśniowe. Najrozmaitsze szmery, dźwięki, najcichszy odgłos, wystarcza już, aby mogli ocenić odległość, wysokość, a nawet wielkość przedmiotów.

Nad zmysłem powonienia mało się dotąd zastanawiano, a przecież są ślepi, którzy powonieniem zdala już rozróżniają przedmioty i osoby. Szczególne znaczenie ma ten zmysł dla ślepych dotkniętych równocześnie głuchotą. Również nie wiele posługiwali się ślepi dotąd zmysłem smaku, a Ch. sądzi, że i w tym kierunku można będzie dla nich obmyśleć pewne pomocnicze sposoby.

Ciemni, którzy nigdy nie widzieli, nie posiadają naturalnie pojęcia o świetle i barwach. Również ci, którzy w bardzo wczesnej młodości ociemnieli, zatracili zwyczajnie nawet najdrobniejszy ślad pojęcia światła. Natomiast bardzo często oddziałują na nich pojedyncze tony, jako pojęcia barw.

Zajmującym jest u ociemniałych ten tak zwany szósty zmysł, albo, jak go nazwał ślepy okulista J a v a l, *„sens des obstacles«*, który umożliwia ciemnemu oryentowanie się, a polega na kombinacyi zmysłu dotyku i słuchu. Zagęszczanie powietrza, wywołane zbliżaniem się do przedmiotów, słabszy prąd powietrza, szmery, wszystko to wystarcza, aby ślepy wyrobił sobie pojęcie o otaczających go przedmiotach i w danym razie je wyminął tak, że odnosi się wrażenie, patrząc na niego, jak gdyby przecież coś widział.

Ciemni kombinują bardzo szybko, a zmuszeni koniecznością mają zwyczajnie bardzo dobrą pamięć i zapamiętywają bardzo łatwo.

Pod względem usposobienia, są oni zwykle samolubni i zarozumiali. Uczą się szybko różnych robót ręcznych, oddają się z za-

miłowaniem badaniom i pracy naukowej. Zawsze atoli brakuje jeszcze odpowiednich podręczników i innych pomocniczych środków: mimo to, jak wielu dowiodło, mogą oni swą pilnością i te trudności przezwyciężyć. Ze szkoły w Rochester wyszło wielu prawników i adwokatów. Dr Sommer, który później ociemniał, nauczył się w Hamburgu z ciemnymi postępować i otworzył następnie własną szkołę w Bergendorf koło Hamburga, która obecnie doskonale się rozwija.

Ociemniały okulista Javal spełniał przy pomocy swoich asystentów obowiązki swego zawodu. W Japonii zajmuje się wielu ciemnych mięsieniem. Zabłudowski twierdzi jednak, że ślepi nie nadają się do tego zajęcia i nie mogą bezwarunkowo pod tym względem do końca życia dorównać zdrowym. Pewien ociemniały robił nawet duże podróże sam.

Bardzo ważną jest rzeczą, by ze ślepymi rozpocząć naukę dosyć wcześnie. W Niemczech jest 34 szkół dla ociemniałych, do których uczęszcza 3000. Ślepych dzieci obliczają w Niemczech na 3500 W Austryi zaś około 2000, dla tej liczby istnieje zaledwie 9 szkół na 600 miejsc łącznie. O resztę zaś nikt się nie troszczy.

Doniosłość fachowego nauczania od samego początku usprawiedliwiają dostatecznie pojedyncze przykłady. Niektórzy ciemni w starszym wieku nauczyli się np. dopiero chodzić po wstąpieniu do szkoły!

W końcu opisuje Ch. pismo ślepych, ich sny i kończy swą pracę pieśnią pani Galeron de Calonnea: sen ociemniałego.

Dr Ch.

The Royal London Ophtalmic Hospital Reports. T. XVI. Część IV. Czerwiec 1906. (Refer. Dr W. Reis).

Dodatkowe przypadki zaćmy dziedzicznej. (Additional cases of hereditary cataract). Nettleship.

Referat z głównej pracy tego samego autora w »Post. okulist.« 1906. Str. 217.

Wrodzone rozległe zaćmienie w siatkówce w okolicy plamki żółtej obu ócz? Włókna rdzenne nerwu wzrokowego. Wysokie krótkowidztwo prawdopodobnie również wrodzone. Przypadek spostrzegany przez lat piętnaście. (Extensive congenital opacity of retina in yellow-spot region of the both eyes? Opaque nerve-fibres. High myopia also probably congenital. Case under notice 15 years). Nettleship.

Autor spostrzegał przez szereg lat u chorej z wysoką niedomiarowością i względnie dobrze utrzymaną bystrością wzroku na-

stępujący obraz na dnie obu ócz: Po stronie skroniowej tarczy nerwu wzrokowego ciągnęła się przestrzeń owalna, biaława i nieprzezroczysta, obejmująca okolicę plamki żółtej. Górne i dolne brzegi tej plamy były wyraźnie odgraniczone i tak zbite, że pokrywały zupełnie naczyniówkę, w środku jednakże plamy i po stronie skroniowej zaćmienie było słabsze, tak że mniej więcej przeświecała czerwona naczyniówka. Naczynia siatkówkowe w niektórych tylko miejscach przykryte przez plamę.

W przypadku opisanym trudność polegała w objaśnieniu obrazu wziernikowego, mimo przeprowadzenia rozpoznania różniczkowego. N. nie może uzyskać pewnych danych dla wytłumaczenia tej zmiany chorobowej.

Teorya Ehrlicha o odporności w stosunku do okulistyki. (Ehrlich's theory of immunity in its relationship to ophtalmology). Herbst Parsons.

Autor omawia znaczenie antytoksyn, hemo- i bakteryolizyn oraz cytotoksyn i zastosowaniu ich w lecznictwie okulistycznem. Objaśnia więc działanie jekwirytolu, surowicy pneumokokowej przy wrzodzie pełzającym rogówki, przytacza w krótkości nowe poglądy Römera na sposób powstania zaćmy starczej i wspomina kilkoma słowy o najnowszych badaniach Römera nad biologicznemi właściwościami siatkówki*).

Rozbiór przypadków nieżytów spojówki spostrzeganych w Aberdeen. (An analysis of a series of consecutive conjunctivitis cases seen in Aberdeen). Usher i Fraser.

W r. 1905 badali autorowie wszystkie przypadki nieżytów spojówki, w których udzielono porady lekarskiej w szpitalu w A. Liczba spostrzeganych przypadków wynosiła 820, co w stosunku do ogólnej liczby chorych (3.527) stanowi 23 24$^0/_0$ wszystkich przypadków. Dwie postacie chorobowe wysunęły się na plan pierwszy: nieżyt spojówki Koch-Weeks'a i Morax-Axenfelda.

Nieżyt spojówki Koch-Weeks'a był klinicznie i bakteryologicznie jako taki rozpoznany 268 razy, klinicznie rozpoznanych, lecz bakteryologicznie nie stwierdzonych było 78 przypadków, a w 42 klinicznie mylnie rozpoznanych przypadkach stwierdziło badanie bakteryologiczne prątki Koch-Weeks'a.

---

*) Ten sam temat omówiłem obszernie miesiąc wcześniej na posiedzeniu Towarzystwa lek. lwow. z dnia 18. maja 1906. Rzecz ogłoszona drukiem w »Lwowskim Tygodniku lekarskim« 1906. p. t. »Nauka o odporności w okulistyce. (Przyp. ref.).

W przypadkach niepewnych należy dla ścisłego rozpoznania uwzględnić następujące momenty: 1) wiek chorych, przeważna część przypadków nieżytów pojawia się u dzieci; 2) czas, który upływa od zachorowania aż do zasięgnięcia porady lekarskiej stosunkowo krótki, przeciętnie około czterech dni; 3) stwierdzenie nieżytu spojówki u osób z otoczenia; 4) zajęcie spojówki gałkowej — z 310 przypadków, w których stwierdzono obecność prątka K.-W. zaledwie 33 razy była zajętą sama spojówka powiekowa; 5) wydzielina z worka spojówkowego mierna, śluzowo-ropna; 6) obecność wybroczyn spojówkowych; 7) przypadki nieżytów pochodzących z okręgów wiejskich są bardzo rzadko wywołane prątkami K.-W. Badania bakteryologiczne przeprowadzali autorowie z największą dokładnością—najlepszem środowiskiem dla hodowli była pożywka otrzymana z jajnika.

N i e ż y t s p o j ó w k i M o r a x - A x e n f e l d a spostrzegano 274 razy, z tych 176 przypadków było klinicznie rozpoznanych i bakteryologicznie stwierdzonych, w 78 badanie bakteryologiczne nie potwierdziło badania klinicznego, a 67 przypadków było klinicznie błędnie rozpoznanych, w których jednak badanie bakteryologiczne stwierdziło dwoinki M.-A.

Dla otrzymania pewnego rozpoznania klinicznego trzeba uwzględnić następujące punkty: 1) istnienie nieżytu kątowego spojówek *(conjunctivitis angularis)* jest zawsze znamiennem dla nieżytu M.-A.; 2) wiek—u dorosłych; 3) czas, który upływa od wystąpienia objawów nieżytu aż do zasięgnięcia porady lekarskiej znacznie dłuższy, od 14 dni do 3 miesięcy; 4) nieżyt ograniczony przeważnie do spojówki powiekowej; 5) brak wybroczyn spojówkowych; 6) wydżielina z worka spojówkowego skąpa; 8) przypadki pochodzą przeważnie z okręgów wiejskich; 9) chorzy skarżą się na ciężkie powieki. — Poza temi dwiema postaciami chorobowemi spostrzegali autorowie przypadki śluzoropotoku, gruźlicy i błonicy spojówek, przypadki, w których stwierdzono obecność pneumokoków oraz przypadki, w których nie znaleziono żadnych drobnoustrojów. Jaglicy autorowie nie uwzględniali. W końcu zwracają autorowie uwagę na wpływ pory roku na powstanie nieżytów, wyraźnie daje się tu zaznaczyć wzrost wiosenny i jesienny. Wiosenny wzrost w marcu daje przewagę nieżytom na tle dwoinek: w sierpniu, październiku i listopadzie przeważnie prątki K.-W. Dla wytłumaczenia tych zmian zależnych od pory roku, zwrócono uwagę na stosunki klimatyczne miasta Aberdeen. Opady atmosferyczne mają poniekąd wpływ na powstanie nieżytów, w okresie siedmioletnim, t. j. na 84 miesięcy, w 54 miesiącach ilość opadów atmosferycznych pozostawała w stosunku odwrotnym do liczby nieżytów

spojówkowych, im obfitsze opady, tem mniej było nieżytów i odwrotnie. Wiatr i temperatura bez widomego wpływu.

Pierścieniowata przerwa w polu widzenia. (Ring scotoma). Hancock.

Po wymienieniu postaci chorobowych, w których spotykamy pierścieniowatą przerwę w polu widzenia oraz omówieniu teoryi, służących do wytłumaczenia jej patogenezy, zwraca autor uwagę na trzy przez siebie spostrzegane przypadki. W pierwszym przypadku miało miejsce uderzenie piorunem, w drugim przerwa w polu widzenia ograniczyła się do włókien nerwowych, prowadzących do plamki żółtej, a trzeci przypadek może posłużyć za dowód, że ubytek w polu widzenia przy zwyrodnieniu barwikowem siatkówki nie zawsze odpowiada równikowi gałki. H. zgadza się z zapatrywaniem Listera, który czyni postać przerwy w polu widzenia zależną raczej od rozprzestrzenienia włókien nerwowych *(nerve distribution)* aniżeli od rozgałęzienia naczyń *(vascular distribution)* w siatkówce lub naczyniówce.

Wiener Medic. Wochenschrift. (Ref. Dr Piotr Geisler).

Nr 16. *Rzadki przypadek keratitis gummosa.* (Ein seltener Fall von Keratitis gummosa). Dr J. Pollak.

Mężczyzna 24-letni, żonaty, bezdzietny, cierpiał w 20 roku życia na zdarcie przybłonka w rowku zażołędziowym, które po trzech tygodniach się zagoiło. Przed rokiem dostał zapalenia prawego oka ze znacznem upośledzeniem wzroku. W cztery tygodnie później wystąpiły także na lewem oku objawy zapalne, które po 15 tygodniowem leczeniu ustąpiły. W rok później wystąpiły znowu objawy zapalne na l. oku z upośledzeniem wzroku.

Badanie wykazało: spojówka gałkowa nastrzyknięta. rogówka matowa, jakby pokłuta szczególnie przy oświetleniu ogniskowem, prawie w całej rogówce głęboko leżące szare zmętnienia po największej części liniowate. Rysunek tęczówki nieco zatarty, oddziaływanie źrenicy utrzymane. V = palce na 1 m. Leczenie: Atrop., ciepłe okłady, jod potasu. W dalszym przebiegu leczenia przyszło do wytworzenia się licznych głębokich naczyń. Po 14-tu dniach znaczne pogorszenie, w rogówce głębokie punkcikowate, szare zmętnienia, w górnej części znajduje się w najgłębszych war-

stwach jednostajny szaro-żółtawy naciek. Tęczówka okazuje silne zmiany zapalne.

Po zastosowaniu wcierek nastąpiło powoli polepszenie tak, że dopiero po czterech miesiącach mógł oddać się swemu zajęciu. $V = {}^{6}/_{15}$.

Nr 32. *Przypadek jednostronnego ropnia zatok bocznych nosa z zajęciem oka.* (Ein Fall von einseitigem Empyem der Nebenhöhlen der Nase mit Beteiligung des Auges). Dr M. Meissner.

Kobieta 37-letnia cierpi od roku na prawostronny ból głowy. Przed ośmiu dniami zachorowała wśród objawów gorączkowych, poczem spostrzegła, że na prawe oko zaniewidziała. Badanie wykazało prawie zupełną utratę wzroku na pr. oku, jakkolwiek zewnętrznie i wziernikiem żadnych zmian nie znaleziono. Rozpaznanie brzmiało *Neuritis retrobulbaris* i zastosowano aspirynę. Po trzech dniach powieka górna nieco obrzękła. Krawędź oczodołowa bardzo bolesna na ucisk, w górze i wewnątrz oczodołu dał się wyczuć guz wielkości orzecha laskowego. Ponieważ oznaki te przemawiały za ropniem bocznych komórek nosowych, więc usunięto część środkowej muszli i ropa miała swobodny odpływ. Następstwem tego była nieznaczna poprawa wzroku. Ponieważ występowały często bóle głowy, a guz poprzednio opisany w oku tylko się bardzo mało zmniejszył, wykonano radykalną operacyę t. j. otwarto komórki kości sitowej, usunięto polipy tam się znajdujące, następnie otwarto zatokę czołową i również usunięto znajdujące się tam ziarniny i polipy. Po tej dopiero operacyi nastąpiła znaczna poprawa wzroku. $V = {}^{6}/_{9}$.

Nr 33. *Przypadek podwójnego przedarcia zwieracza tęczówki po urazie.* (Ein Fall von zweifacher Ruptur des Sphincter iridis nach Quetschung). Dr Frachtmann, lek. pułk. 34 p. p. obrony krajowej.

Żołnierz A. K. w sprzeczce z drugim żołnierzem został uderzony pięścią w prawe oko. Badanie wykazało następujące zmiany: Okolica prawego oka silnie zaczerwieniona, obrzękła, na ucisk bolesna. Gałka oczna wysadzona. Powieki obrzękłe zaczerwienione, na powiece górnej zdarcie przyskórka. Napięcie gałki podwyższone. Przednia komora nierówno głęboka, na dnie małe nagromadzenie krwi. Rysunek tęczówki zamazany. Na brzegu wewnętrznym tęczówki znajduje się na zewnątrz i ku górze małe naddarcie. Źrenica szeroka i wcale nie oddziaływa, przedstawia nieregularną podłużno-owalną postać Na przedniej torebce soczewkowej nieregularne,

szaro-czarne zmętnienie, dna oka wyraźnie nie widać. V = liczenie palców przed okiem; projekcya dobra. Po 10-ciu dniach wszelkie objawy zapalne znikły, pozostały tylko naddarcia tęczówki. Źrenica szeroka nie oddziaływa na światło i zachowała podłużną owalną postać. V = $^{6}/_{24}$.

Nr 36. *Przypadek głębokiego zranienia oczodołu.* (Ueber einen Fall von tiefer Orbitalverletzung). R-a Dr Alois Steidl.

Do kliniki profesora Fuchsa zgłosiła się 17-letnia dziewczyna z raną oka prawego.

Badanie wykazało podbiegnięcie krwawe na obydwóch powiekach oka pr. Na górnej powiece znajduje się rana kłuta o średnicy $1^{1}/_{2}$ cm. Gałka oprócz silnego rozszerzenia źrenicy zmian żadnych nie okazuje, a ruchy jej ku górze na wewnątrz i ku dołowi zupełnie niemożliwe, na zewnątrz zaś tylko z wysiłkiem daje się na 2 mm poruszyć. Źrenica nie oddziaływa na światło i konwergencyę. Współczulnej reakcyi lewej źrenicy z prawego oka brak. *Tonus n. Amaurosa.* Wziernikiem media czyste, granice tarczy nieco zamazane. Tętnice siatkówki prawidłowe, żyły rozszerzone i wężowate, przy małem ucisku na gałkę znikają małe naczynia, tętnica środkowa się zwęża i okazuje tętno. Po 10 dniach rana skórna się zagoiła, a chora z przepisem na KJ opuściła klinikę. Stan wziernikowy był prawie niezmieniony. Po 13 dniach badanie wykazało, ruchomość gałki prawej prawidłową, szerokość szpary powiekowej o 2 mm mniejszą od lewej, przy patrzeniu do góry oko prawe pozostaje o 2 mm niżej od lewego, ku dołowi o 1 mm wyżej. Źrenica pr. oka nie oddziaływa ani na światło, ani na konwergencyę, ani nie wywołuje oświetlenie tegoż współczulnej reakcyi na l. oku. Przy słabszem oświetleniu jest prawa źrenica 5·5 a lewa 7·5 mm szeroka; przy silnem oświetleniu lewego oka zwężają się obydwie źrenice, lecz lewa szybciej i silniej. Tarcza nerwu wzrokowego ostro odgraniczona okazuje obraz zwykłego zaniku. Zupełna ślepota.

Barwa wągra w ciele szklistem oka. (Cysticercus im Auge mit Beobachtung eines Falles im Glaskörper). Dr Josef Błażek, szpital garnizonowy w Ołomuńcu.

Autor miał sposobność u żołnierza spostrzegać barwę wągra w ciele szklistem oka. Żołnierza tego posłano do szpitala w celu zbadania bystrości wzroku. Chory podaje, że od 14 dni traci ciągle na bystrości wzroku, a obecnie prawie nic nie widzi. Oko lewe zewnętrznie żadnych zmian nie okazywało. Wziernikiem środki łamiące czyste, tarcza nieco obrzękła, granice zatarte. Sia-

tkówka naokoło tarczy od 3—5 szerokości tarczy szaro-białawo zmętniała, naczynia siatkówki wydawały się węższe, żyły rozszerzone, zresztą dno oka prawidłowe. Po miesiącu można było na wewnątrz i ku dołowi od tarczy zauważyć pęcherzykowate podniesienie siatkówki. Powierzchnia górna tego podniesienia była nierówna, naczynia wyglądały jakoby przerywane. Po tygodniu można było wykazać około $1\frac{1}{2}$ mm szerokości tarczy od tarczy wewnątrz ku dołowi do ciała szklistego ostro odgraniczony wielkości tarczy okrągły otwór, którego powierzchnia była niebieskawo-biała, o połysku perłowej masy, podczas gdy brzegi boczne w kolorach tęczowych się mieniły, w górnej połowie widać jasną plamę, która się w kierunku górnego brzegu od czasu do czasu poruszała. Brak naczyń na powierzchni pęcherzyka i zmienianie się barw, oprócz tego brak podniesienia siatkówki poprzednio widzianego przemawiały, że *cysticercus* przebił się do ciała szklistego.

IV. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo okulistyczne w Odessie.

Posiedzenie 2-go listopada 1904 r.

Lewicki pokazywał chorego ze skojarzonym bezwładem mięśni ocznych. Chory mężczyzna, lat 44, przed laty 18 przebywał kiłę; bezwład skojarzony mięśni ocznych przed 3-ma miesiącami poprzedzony wymiotami i bólem głowy, który trwa dotąd. Widzenie podwójne, chód utrudniony i odruchy źrenic na światło osłabione, ale odruch kolanowy zachowany i bystrość wzrokowa prawidłowa. Chory bezwiednie zwraca oczy na wsze strony, ale dowolnie nie jest w stanie ich zwracać.

Rabinowicz pokazał trzymiesięczne dziecko z *Coloboma congenitum* powieki dolnej oka lewego.

Posiedzenie 8-go lutego 1905 r.

Rabinowicz doniósł o wypadku zaćmienia rogówki spowodowanego uciskiem kleszczy podczas porodu u noworodka. Rogówka oka prawego barwy mlecznej tak mocno nasilonej, że ani tęczówki ani źrenicy nie widać, pomimo to jednak nastrzyknięcia około rogówki nie było.

Przy kącie zewnętrznym szczeliny powiekowej i na powiece dolnej oka prawego uszkodzoną została skóra.

Oko lewe zupełnie prawidłowe.

Pod wpływem ciepłych okładów zaćmienie rogówki w ciągu dni kilku całkowicie ustąpiło. R. zaćmienie w danym wypadku tłumaczy obrzękiem rogówki spowodowanym przez ucisk kleszczy na gałkę.

Rosenfeld wygłosił przyczynek do rzeżączkowego zapalenia tęczówki; zaleca on badanie moczu na drobnostroje w każdym wypadku zapalenia tęczówki utrzymując, że wypadki rzeżączkowego zapalenia tęczówki są o wiele częstsze, niż to przypuszczają. Zapalenie rzeżączkowe tęczówki występuje nieraz przy rzeżączkowem zapaleniu stawów, szczególniej zaś stawu kolanowego. Przy zapaleniu rzeżączkowem tęczówki R. poleca jodek potasu.

Posiedzenie 8-go marca 1905 r.

Prof. Gołowin donosi o wypadku promienicy przewodu łzowego. Chory izraelita, lat 54, zwrócił się do G. 13-go września 1904 r. G. znalazł w okolicy górnego przewodzika łzowego obrzęk w postaci wydłużonego wałeczka w miejscu przebiegu przewodzika łzowego. Obrzęk ten na dotyk nie był bolesny, chociaż skóra po nad obrzmieniem zaczerwieniona, punkcik łzowy rozszerzony, a brzegi jego nabrzękłe.

Bystość wzrokowa oka pr. poprawiona przez szkła walcowate. V = 0·8 mm.

Oko lewe zupełnie prawidłowe.

Po rozszczepieniu przewodzika, G. wydobył kilka drobnych ziarnek i jednę większą głębszą brudno-zielonej barwy. Ścisłe badanie grubo- i drobno-zorne wykazało oprócz złogów wapiennych, cienkie, gęsto splecione nici promienicy.

Chociaż promienica przewodzików łzowych była opisana po raz pierwszy przez Reymond'a i Pezzoncit'a, a następnie przez Domassoli uczonych włoskich, jednak prof. Gołowin twierdzi, że dopiero praca Schröder'a, którego zalicza do uczonych rosyjskich, obudziła większe zajęcie się promienicą przewodzików łzowych szczególniej wśród uczonych rosyjskich (Ewecki, Kastalska, Ginsburg, Awerbach, Snegirew, Suszkin).

Pierwszej też Kastalskiej udało się wyhodować grzybek promienicy ze złogów w przewodziku łzowym, ale ani jej, ani nikomu dotąd nie udało się przez zaszczepienie ze złogów w przewodzikach łzowych wywołać promienicę u zwierząt. Prof. Gołowin, kończąc swe doniesienie, wypowiedział życzenie, żeby i tego osta-

tecznego najważniejszego dowodu istnienia promienicy przewodzików łzowych dostarczyli oftalmologowie rosyjscy*).

Posiedzenie 7-go kwietnia 1905 r.

Rabinowicz doniósł o zachorzeniach ocznych przy akromegalii z przedstawieniem chorego.

A. M., lat 42, od kilku lat cierpi na akromegalię, a od 2-ch lat na osłabienie wzroku. Na oku prawem zez stronowy, oddziaływanie źrenic na światło słabe; ośrodki gałek przezierne, tarcze blade.

Oko prawe liczy palce z odległości ½-metrowej, oko lewe W = 1·25 mm. Stronoślep lewy; odczuwanie barw w oku lewem zachowane i prawidłowe, w oku prawem obniżone. Powieki (skóra i chrząstki) powiększone, brzegi oczodołów wystają ku przodowi, brwi gęste i długie, gałki oczne zapadłe.

Przy akromegalii ulegają porażeniu niektóre gałązki nerwu okoruchowego; tem się więc tłumaczy zez, bezwład zwieracza tęczy i opadnięcie górnej powieki..—O wiele częściej od n. okoruchowego ulega porażeniu n. wzrokowy, dla tego tak często spostrzegamy przy akromegalii zapalenie i zanik nerwu wzrokowego. Widzimy też nieraz przy akromegalii i tarczę zastoinową.

Hertel zebrał wszystkie wypadki akromegalii podane w piśmiennictwie do r. 1895; było ich 174, zaburzenia zaś ze strony narządu wzrokowego były 91 razy.

Rabinowicz po r. 1895 zebrał jeszcze 77 wypadków akromegalii, pomiędzy tymi 77 wypadkami stwierdził 3 razy zapalenie n. wzrokowego, 5 razy tarcz zastoinową, 33 razy zanik nerwu wzrokowego, 14 razy trzeszcz gałek, 14 razy skroniośleр oboczny *(hemiopia bitemporalis)* i 17 razy stronoślep *(hemiopia lateralis)*.

Posiedzenie 3-go maja 1905 r.

Wagner pokazywał chorego z zapaleniem współczulnem oka lewego po urazie oka prawego. W. wypowiada się za wyjęciem oka prawego i wycięciem tęczy w oku lewym.

Rabinowicz doniósł o 4 wypadkach współczulnego zapalenia oczu.

---

*) Zaprawdę uczyć się nam trzeba u rosyjskich uczonych uznania dla swych uczonych rodaków; u nas niestety bywa odwrotnie: polski autor, przytaczając włoskie, francuzkie, angielskie, a nawet japońskie cytaty, pomija lekceważąco polskich autorów. (Ref.).

Niestety często przychodzi nam to stwierdzić. (Red.).

W 1-szym wypadku u dziewczynki 4-letniej, zranionej szkłem, po 20-stu dniach, wystąpiło zapalenie tęczy w oku drugiem.

Wyjęcie zranionego oka nie powstrzymało sprawy chorobowej w oku drugiem, która zakończona została zanikiem drugiego oka.

W 2-im wypadku u 7-letniego chłopczyka, uderzonego kamieniem w oko prawe, wystąpiło zapalenie sympatyczne, chociaż oko uderzone było wyjęte natychmiast.

W 3-im wypadku u 5-letniego chłopczyka urażone oko było natychmiast wyjęte, pomimo to jednak zapalenie współczulne w oku drugiem. Wycięcie tęczy w oku zajętym sympatycznem zapaleniem nie powstrzymało przebiegu sprawy chorobowej. Oko w końcu zanikło.

W 4-ym wypadku mężczyzna 60-letni wstąpił do szpitala z sympatycznem zapaleniem tęczy po operacyi zaćmy starczej na oku drugiem.

Wyjęcie oka operowanego nie wpłynęło korzystnie na sprawę sympatycznego zapalenia oka nie operowanego; nie pomogło też wycięcie tęczy, oko to uległo zanikowi.

Prof. Gołowin doniósł, że z 20-u wypadków wycięcia tęczy w oczach dotkniętych współczulnem zapaleniem, ani w jednym wypadku nie miał pomyślnego wyniku.

Rozenfeld wygłosił rzecz o zmianach w oczach przy *meningitis cerebrospinalis.*

W 30 wypadkach *meningitis cerebrospinalis* (20 w szpitalu żydowskim i 10 w domach prywatnych) najczęściej spostrzegał R. opadnięcie powieki górnej, zez, bezwład zwieracza tęczy i zapalenie nerwu wzrokowego, ani w jednym wypadku nie spostrzegał zapalenia tęczy i naczyniówki, tymczasem w piśmiennictwie lekarskiem *iridochorioiditis* uważa się za najczęstsze powikłanie przy *meningitis cerebrospinalis.*

Rabinowicz podał, że raz tylko jeden spostrzegał zapalenie tęczo-naczyniówkowe przy *meningitis cerebrospinalis.*

Posiedzenie 13-go września 1905 r.

Rabinowicz pokazywał chorą z *Distichiasis vera congenita* u dziewczyny 20-letniej.

R. trzyma się poglądu Kuhnt'a, że drugi rząd rzęs wyrasta w zastępstwie nieobecnych w tych wypadkach gruczołów Meiboma.

Posiedzenie 1-go października 1905 r.

Rabinowicz doniósł o 24 wypadkach białkomoczowego zapalenia siatkówki i znaczeniu przy rokowaniu o życiu chorych dotkniętych tym zapaleniem.

Z 14-stu wypadków białkomoczowego zapalenia siatkówki w 3-ch śmierć nastąpiła w niespełna miesiąc, od wystąpienia na dnie oka zmian znamiennych dla tego zapalenia siatkówki, w 2-ch wypadkach śmierć nastąpiła po 6-iu miesiącach, w 3-ch wypadkach po roku, a w pozostałych po 2-ch latach.

V. ROZMAITOŚCI.

Kongres towarzystwa oftalmologów francuskich otwartym zostanie dnia 6-go maja o godz. 8-ej rano w »Hotel des sociétés savantes« w Paryżu.

Referat ogólny: Nieżyt wiosenny (prof. Axenfeld).

Zgłoszenia odczytów przyjmuje dr Dubois de Lavigerie, Paris, 23 rue de Madrid.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. pr. okulist. dr Claude du Bois-Reymond w Berlinie powołany został do niemieckiej szkoły lekarskiej w Shangai jako nauczyciel fizyologii i lekarskiej propedeutyki.

Dr C. A. Wood w Chicago mianowanym został tamże prof. okulistyki przy Northwestern University Medical School.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

† Dr Belt prof. okulistyki i otologii w Howard University w Waszyngtonie.